

11241 34

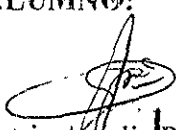
**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA**

**DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA MEDICA,
PSIQUIATRIA Y SALUD MENTAL**

TITULO:

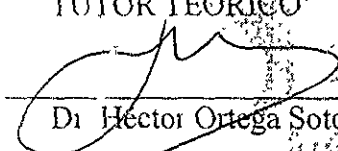
**SINTOMAS EXTRAPIRAMIDALES SECUNDARIOS AL USO
DE NEUROLEPTICOS DE DEPOSITO PERCIBIDOS POR
LOS FAMILIARES Y LOS PACIENTES.**

ALUMNO:

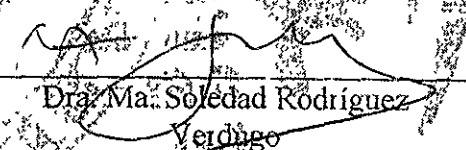

Dra. Beatriz Amelia Prado Duarte
RESIDENTE DEL HOSPITAL PSIQUIATRICOFACULTAD DE MEDICINA
FRAY BERNARDINO ALVAREZ


SUBDIVISION DE ESPECIALIZACION
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA
U. N. A. M.

TUTOR TEORICO


Dr. Hector Ortega Soto

TUTOR METODOLOGICO


Dra. Ma. Soledad Rodríguez
Verdugo

**TESIS PARA OBTENER EL TITULO DE ESPECIALIDAD EN
PSIQUIATRIA**

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

FEBRERO 2002



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas

Tesis Digitales

Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©

PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

CONTENIDO

	Págs.
I. INTRODUCCIÓN	1
II. ANTECEDENTES	5
III. SEP TEMPRANOS	8
<i>Distonias agudas</i>	8
<i>Acatisia</i>	9
<i>Síndrome de Parkinson</i>	10
<i>Aquinesia</i>	12
IV. SEP TARDÍOS	12
<i>Disquinesia tardía</i>	12
<i>Temblor tardío</i>	14
<i>Aumento de peso</i>	15
V. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	17
VI. OBJETIVO	17
VII. HIPÓTESIS	17
VIII. JUSTIFICACIÓN	18
IX. DISEÑO	20
X. MATERIAL Y MÉTODOS	20
XI. INSTRUMENTO	21
XII. POBLACIÓN A ESTUDIAR	27
XIII. CRITERIOS DE ELIMINACIÓN	28
XIV. PARÁMETROS DE MEDICIÓN	28
XV. CAPTACIÓN DE LA INFORMACIÓN	29
XVI. ESTRATEGIA DE ANÁLISIS ESTADÍSTICO	29
XVII. RESULTADOS	30
XVIII. COMENTARIO	32

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

I. INTRODUCCIÓN

Los efectos extrapiramidales, secundarios a la administración de neurolépticos (NLP), en el tratamiento de diversas enfermedades mentales, son la causa de que los familiares dejen de administrarlos en los pacientes, lo que lleva a recaídas, mayor deterioro cognitivo así como a un mayor costo económico, familiar, social

Entre los efectos colaterales más importantes de los psicofármacos del tipo de los NLP, se destacan aquellos cuyo sustrato central se localiza en los ganglios basales, estructuras mesodiencefálicas integrantes del sistema motor extrapiramidal (34)

Los NLP son un grupo de sustancias, químicamente heterogéneas que comparten cierto tipo de efectos farmacológicos. Todos producen en el humano en mayor o menor grado sedación, mejoría de la sintomatología psicótica, trastornos motores extrapiramidales, efecto antiemético y alteraciones endocrinas, especialmente hiperprolactinemia. Al parecer todos estos efectos obedecen al bloqueo de receptores dopaminérgicos centrales por los NLP (34)

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

En la clínica psiquiátrica la principal indicación de los NLP es el tratamiento de los cuadros psicóticos (34)

Freyhan puntualizó las siguientes indicaciones de los neurolépticos como tratamiento sintomático

- a) Esquizofrenia Estados de excitación, tensión paranoide, explosiones de pánico o agresividad, conductas estereotipadas o bizarras, conductas destructivas o escandalosas
- b) Trastornos afectivos Estados maníacos o hipomaniacos; estados de depresión psicótica o agitada, trastornos paranoides en la psicosis involutiva
- c) Síndromes cerebrales agudos, estados de intoxicación, delirium y alucinaciones
- d) Síndromes cerebrales crónicos, estados de agitación, actividades confusas, explosiones de violencia, conductas destructivas o escandalosas
- e) Trastornos de personalidad, sentimientos tormentosos de tensión, "acting out" agresivos y pobre control de impulsos

En el síndrome esquizofrénico, Kurt Schneider describió una serie de síntomas de primer orden. Estos síntomas no son específicos de esta enfermedad pero tienen un gran valor para un diagnóstico. Los síntomas de primer orden de Schneider incluyen (39)

Alucinaciones Se definen como experiencias sensoriales sin los correspondientes estímulos externos. Las más comunes son las

auditivas Las alucinaciones visuales se presentan con menor frecuencia pero no son raras, las cuales pueden aparecer tanto de día como de noche y en forma continua Las alucinaciones táctiles, olfativas y gustativas son menos comunes

Delirios Por definición son ideas falsas anormales que no pueden ser corregidas por razonamientos lógicos y son idiosincrásicas en el paciente, es decir forman parte necesariamente de su medio cultural Son de los síntomas más comunes de la esquizofrenia Los más frecuentes son los delirios de persecución, convicción de ser controlado por una fuerza misteriosa e invisible o cualquier otra idea fuera de lo razonable

Alteraciones de la conducta Pueden ser de naturaleza cuantitativa o cualitativa, como por ejemplo de cambio cuantitativo, el paciente manifiesta una reducción de energía, espontaneidad e iniciativa, aunque en los estados agudos puede hallarse excitado hasta el punto de amenazar su propia seguridad y la de la gente que le rodea.

Cualitativamente El paciente cambia a una conducta deficientemente coordinada, impredecible, excéntrica e inadecuada La mayoría de los esquizofrénicos dan la impresión de torpeza y rigidez

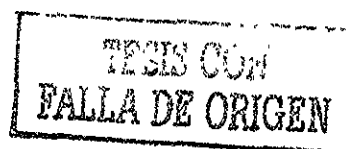
Deterioro del aspecto y modales (Apatía) Los pacientes esquizofrénicos tienden a tener un aspecto deteriorado Sus esfuerzos para arreglarse y cuidarse son mínimos En general muestran escasa

atención hacia los convencionalismos sociales Pueden no volver el saludo o sonreír, no seguir una conversación, hacer ruidos en una mesa y mostrar muchas formas de falta de consideración hacia la presencia y sentimientos de los demás Por lo general es observada una conducta de aislamiento

La terapia de mantenimiento Este término es usado para describir el tratamiento a largo plazo con medicamentos antipsicóticos de pacientes esquizofrénicos en remisión Así los pacientes pueden seguir viviendo en la comunidad, con sus familiares o en casas especiales y se liberan de largas estancias en centros psiquiátricos Los antipsicóticos suprimen síntomas crónicos como las alucinaciones, hacen las ideas delirantes menos insistentes y generalmente ayudan a prevenir los episodios de agudización de síntomas que son esperados en el curso de muchos esquizofrénicos Pero muchos pacientes no siguen un tratamiento regular⁽³¹⁾

Generalmente se habla de dos tipos de síntomas extrapiramidales (SEP), los llamados agudos o tempranos y los tardíos Dentro de los primeros se consideran el síndrome parkinsoniano medicamentoso, las distonías de torsión y la acatisia, en los segundos, la disquinesia tardía ⁽³⁴⁾

Los neurolepticos que son bloqueadores de los receptores de dopamina, pueden causar gran variedad de trastornos de movimiento los cuales pueden ocurrir de manera aguda, subaguda y a largo plazo ⁽³⁵⁾



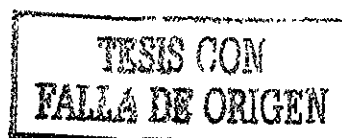
II. ANTECEDENTES

Los padecimientos psiquiátricos tienen un costo social y económico importante, ya que su tratamiento es con frecuencia difícil, y a esto se suma los efectos colaterales que percibe el paciente y los familiares, además de la polifarmacia y la apatía, son factores que predisponen a un pobre apego al tratamiento ⁽³⁵⁾

El primer NLP usado con éxito fue la clorpromazina, en la sedación de animales de experimentación en 1951. Al año siguiente fue tratado con esta sustancia el primer caso de psicosis, así mismo fue utilizada como AP, en un hospital psiquiátrico, mostrando desde su inicio ser más eficaz que los barbitúricos en el tratamiento de la esquizofrenia. Por sus efectos sobre la agitación psicomotriz se les dio en nombre de neurolépticos ⁽³⁾

En 1954 Steck describió los primeros signos extrapiramidales, en paciente postencefálicos con Enfermedad de Parkinson tomando clorpromazina. Afirmaron Gade y Heinrich en 1955, que los signos extrapiramidales fueron indicadores seguros de NLP con la eficacia AP ⁽¹⁹⁾

Las butirofenonas y los tioxantenos se introdujeron a partir de 1959. Posteriormente se han sintetizado un gran número de fenotiacinas y otros compuestos de depósito ⁽³⁵⁻⁴⁰⁾



Las ventajas de los medicamentos de depósito son las variaciones farmacocinéticas comparadas con los orales; pues se evita el primer paso del nivel hepático, una menor frecuencia de administración y una mejor supervisión de la adherencia ⁽³⁵⁾

Los NLP se unen a diversos tipos de receptores como los dopaminérgicos, los colinérgicos, los alfa-adrenérgicos y los histaminérgicos. Interfieren la transmisión dopaminérgica en sus cuatro vías: bulbar, nigroestriada, corticomesolímbica y tuberoinfundibular. Su acción antidopaminérgica en la vía nigroestriada provoca los síntomas extrapiramidales propios de estos fármacos ⁽⁷⁾

Este efecto antidopaminérgico se compensa en parte por el poder que también tienen los AP de bloquear los receptores muscarínicos. Así, cuanto mayor son los efectos secundarios anticolinérgicos de los NLP, tanto menor es su poder de provocar efectos extrapiramidales por bloqueo dopaminérgico ⁽³⁴⁾

Esto es visualizado mejor en tomografía computarizada de emisión de positrones por una reducción de la captación del (S)-(-)-2-hidroxi-3-iodo-6-metoxi-N-[(1-etil-2-pirrolidoni)metil] benzamida (IBZM) un bloqueador D2 específico ⁽⁶⁾

Los estudios farmacocinéticos han demostrado que después de una inyección intramuscular de NLP de depósito los niveles plasmáticos considerados dentro de la ventana terapéutica se alcanzan entre el tercero y décimo día ⁽⁴³⁾

Las concentraciones plasmáticas disminuyen lentamente, la vida media del antipsicótico es de tres a cuatro semanas, dependiendo de las dosis, y los vehículos la estabilidad en las concentraciones se establece en dos a cuatro meses (35)

El bloqueo agudo dopaminérgico causa una sobrecompensación incrementando la síntesis de dopamina en el sistema nigrostrial y bloquea los auto receptores dopaminérgicos presinápticos causando una aceleración secundaria en el recambio de la dopamina (6)

Una explicación de la gran incidencia de drogas inductoras de Parkinsonismo temprano en pacientes, puede estar relacionadas con la interferencia de menor cantidad de células dopaminérgicas, las cuales disminuyen con la edad (18)

Caligiuri (1993), reporta que el 21% de los pacientes tratados con bloqueadores de los receptores de dopamina desarrollan rigidez y el 12% bradiquinesia (28)

Hay hipótesis alternativas que incluyen un desbalance entre los receptores para dopamina de los tipos D1 y D2, cambios en el sistema GABA, hiperactividad directa de las vías que conectan el estriado con la pars reticulata de la sustancia nigra y el ínter segmento de el globo pálido y la desinhibición de el tálamo ventromedial y la generación de radicales libres (11)

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Las disquinesias inducidas por los antipsicóticos fueron erróneamente atribuidas a disquinesias espontáneas (38)

No fue sino hasta 1964 que Faurbe y col describieron los movimientos anormales al uso de antipsicóticos, como por ejemplo la disquinesia tardía que actualmente es reconocida (41)

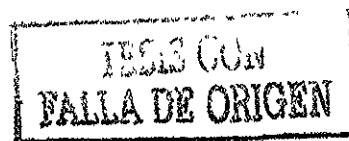
II SEP TEMPRANOS

DISTONIAS AGUDAS

Son contracciones persistentes de los musculos rojos o voluntarios generalmente el cuello, es el mas afectado, provocando en el paciente un cuadro de tortícolis reversible. Al afectarse los musculos de la cara se producen muecas, disartria, dificultad para respirar, protusión de la lengua, trismus y estridor respiratorio, en ocasiones dislocación de la mandíbula y además movimientos involuntarios, escoliosis, lordosis, y marcha característica del distónico (5 34 35)

La expresión del paciente sugiere dolor. Afectan mas frecuentemente la cara y el cuello crisis oculógiras, distonía osteomandibular y opistótonos, y menos comúnmente, blefaroespasmo (40)

En ocasiones el lenguaje resulta seriamente afectado. Al producir posturas anómalas y apariencia bizarra (34)



Las disquinesias inducidas por los antipsicóticos fueron erróneamente atribuidas a disquinesias espontáneas (38)

No fue sino hasta 1964 que Faurbe y col describieron los movimientos anormales al uso de antipsicóticos, como por ejemplo la disquinesia tardía que actualmente es reconocida (41)

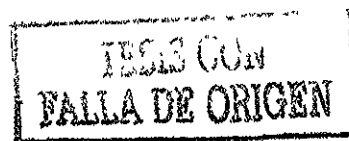
II SEP TEMPRANOS

DISTONIAS AGUDAS

Son contracciones persistentes de los musculos rojos o voluntarios generalmente el cuello, es el mas afectado, provocando en el paciente un cuadro de tortícolis reversible Al afectarse los musculos de la cara se producen muecas, disartria, dificultad para respirar, protusión de la lengua, trismus y estridor respiratorio, en ocasiones dislocación de la mandíbula y además movimientos involuntarios, escoliosis, lordosis, y marcha característica del distónico (5 34 35)

La expresión del paciente sugiere dolor Afectan mas frecuentemente la cara y el cuello crisis oculógiras, distonía osteomandibular y opistótonos, y menos comúnmente, blefaroespasmo (40)

En ocasiones el lenguaje resulta seriamente afectado Al producir posturas anómalas y apariencia bizarra (34)



Los síntomas duran desde unos minutos hasta varias horas, suelen aparecer entre la primera hora y los primeros días de la administración. Parece ser que están mas relacionados con una susceptibilidad individual que con la dosis, siendo mas frecuentes con los AP incisivos. Aparecen en el 5% de los pacientes que reciben NLP (32 34 35)

Las crisis oculóginas inician con mirada fija, para después mover los ojos para arriba o hacia los lados. El paciente no puede controlar la dirección de su mirada, mueve la cabeza hacia atrás, abre la boca y protruye la lengua. Su expresión también es de dolor. Ocasionalmente se presenta trismo y mordedura de la lengua o distonía faringeo-laríngea y disquinesia respiratoria, con compromiso de la función ventilatoria, presentando signos francos de cianosis (5)

ACATISIA

Es el más comun SEP, secundario a la administración de antipsicóticos, se define como la compulsión por mantenerse en movimiento. Inicialmente puede experimentarse como ansiedad. Es un estado de inquietud psicomotriz, que imposibilita al paciente a permanecer quieto o sentado, debiendo pasear o estar en movimiento constantemente, y solo mejora con el movimiento continuo, balancea las piernas de forma característica, puede confundirse con el empeoramiento de la condición psiquiátrica, después del incremento de la dosis del antipsicótico. La prevalencia se estima de 20 a 30% de sujetos expuestos a antipsicóticos (39 40 43)

Aparece a los pocos días de iniciar el tratamiento NLP, siendo mas frecuente con los de alta potencia y aun más con los de acción prolongada (34)

Segun la severidad los pacientes presentan principalmente quejas subjetivas en aquellas con grado moderado, además de los síntomas subjetivos se observa alternancia rítmica del soporte del cuerpo sobre una y otra extremidad inferior, cuando se encuentra de pie además de sacudidas mioclónicas y temblor grueso de los pies (34)

El grado severo se caracteriza porque el paciente se encuentra marcadamente angustiado, le es difícil mantener una posición

Van Puiten encontró que dentro de las primeras seis horas posteriores a una dosis oral de 5 miligramos de haloperidol el 40% aproximadamente lo experimentaban y que el 70% de los pacientes expuestos a una dosis diaria de 10 miligramos muestran el síntoma en la primera semana (35)

Se debe posiblemente por bloqueo de receptores dopaminérgicos Se presentan generalmente a las dos semanas de iniciar el tratamiento (35-40)

SÍNDROME DE PARKINSON

Inducido por neurolépticos, es frecuente en las primeras semanas de tratamiento Se caracteriza por marcha arrastrando los pies, facies inexpresiva "de mascara", rigidez muscular, sialorrea,

amimia, temblor distal que aumenta con los movimientos voluntarios, rigidez muscular “en rueda dentada”, bradicinesia que puede ser muy acusada en la marcha a pequeños pasos sin balancear los brazos, figura típica del parkinsónico (34)

Se caracteriza por la tríada temblor, rigidez y acinesia (bradicinesia) El temblor se compone por oscilaciones rítmicas de 4 a 8 ciclos / segundo, más intensos durante el reposo que en la actividad Este temblor predomina en las manos, el dedo pulgar hace fricción en dirección del dedo índice y produce el signo de ‘enrollamiento de píldoras’ Cuando el temblor coexiste con la rigidez aparece el llamado “signo de la rueda dentada” Los pacientes rotan el cuerpo en bloque en lugar de girar solo los ojos Además presentan sialorrea y seborrea, en ocasiones se presentan en la cara el “síndrome de conejo” (34 40)

Se hace evidente entre el 15 y el 40% de los pacientes expuestos a NLP pero la frecuencia de efectos adversos varía dependiendo de la población estudiada (34)

Se origina por una disminución de la actividad dopaminérgica de las vías que van desde la sustancia negra, hasta la cabeza del nucleo caudado A su vez estas neuronas emplean otros neurotransmisores como el GABA y la acetilcolina que también pudieran estar duplicados (7)

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

En un estudio de pacientes de edad avanzada, bajo tratamiento con antipsicóticos, el 25% no pudieron caminar en su presentación inicial y el 80% tuvieron reducción del braceo o marcha (42)

AQUINESIA

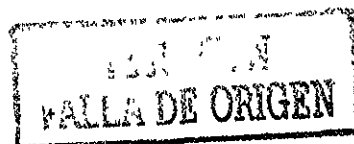
Se caracteriza por una falta de espontaneidad, disminución de movimientos espontáneos, disminución de la conversación, apatía, disminución de la iniciativa y actividad, aplanamiento afectivo, indiferencia al medio ambiente, apatía y agotamiento físico y mental (34)

Puede manifestarse con la disminución de movimientos espontáneos, en la conversación, apatía, y en la iniciativa de actividad, disminución en la motivación, confundiéndolo con un síntoma negativo de la esquizofrenia, tempranamente es muy poco frecuente reconocido en algunas ocasiones se diagnostica como depresión, es la “depresión aquinetica”, lo cual dificulta su reconocimiento (43)

IV. SEP TARDÍOS

DÍSKUINESIA TARDÍA

Es probablemente la más seria complicación asociada a la terapia con antipsicóticos (43)



En un estudio de pacientes de edad avanzada, bajo tratamiento con antipsicóticos, el 25% no pudieron caminar en su presentación inicial y el 80% tuvieron reducción del braceo o marcha (42)

AQUINESIA

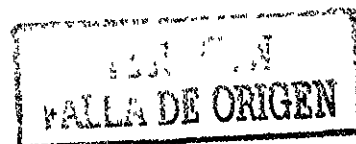
Se caracteriza por una falta de espontaneidad, disminución de movimientos espontáneos, disminución de la conversación, apatía, disminución de la iniciativa y actividad, aplanamiento afectivo, indiferencia al medio ambiente, apatía y agotamiento físico y mental (34)

Puede manifestarse con la disminución de movimientos espontáneos, en la conversación, apatía, y en la iniciativa de actividad, disminución en la motivación, confundiéndolo con un síntoma negativo de la esquizofrenia, tempranamente es muy poco frecuente reconocido en algunas ocasiones se diagnostica como depresión, es la “depresión aquinetica”, lo cual dificulta su reconocimiento (43)

IV. SEP TARDÍOS

DÍSKUINESIA TARDÍA

Es probablemente la más seria complicación asociada a la terapia con antipsicóticos (43)



La Asociación Americana de Psiquiatría definió a la disquinesia tardía como movimiento anormal involuntario, resultante del tratamiento con un NLP por lo menos 3 meses, sin otra causa identificable para provocar movimientos anormales (32)

Habitualmente se asocia con la exposición a los AP durante un mínimo de 6 meses, persisten por lo menos un mes después de haberlos suspendido (20)

El trastorno consiste en movimientos orolingüofaciales que semejan la corea y en ocasiones pueden aparecer movimientos en las extremidades superiores. Se produce por el bloqueo prolongado del receptor dopaminérgico por el NLP, de tal forma que se produce una hipersensibilidad a la DA por denervación química (34)

Los primeros signos suelen advertirse sobre todo en la zona de la cara. Se considera que los primeros signos son movimientos de la lengua dentro de la cavidad bucal, consistentes en la retracción de la lengua sobre su eje longitudinal o la rotación en torno al eje longitudinal, con frecuentes movimientos hacia ambos lados. También pueden observarse movimientos coreoatetoides de los dedos de las manos y pies, así como disquinesia respiratoria, asociada a respiración irregular y a veces ruidosa (43)

Inicialmente son movimientos de la lengua casi imperceptibles, masticación, chupeteo y parpadeo forzado, los pacientes arrugan la frente y levantan las cejas, también puede haber protusión y mordedura de lengua, movimientos que semejan una mueca muy

aparatosa. Estas manifestaciones aparecen durante el tratamiento, sobre todo cuando se disminuye la dosis y se exacerban cuando se suspende el NLP. En algunos casos permanece por algunos años, y en otros por el resto de la vida (34)

Posterior a la discontinuación del agente AP, un promedio de alrededor del 30% de los pacientes logran la remisión espontánea. La completa remisión depende de las variables de edad, género, dosis acumulada y del tipo de agente AP (43)

Presenta dos características: es inevitablemente progresiva y puede ser irreversible (43)

Kane, en un estudio prospectivo encontró que los pacientes esquizofrénicos tratados por 4 años con NLP desarrollaron el 12% DT (27)

TEMBLOR TARDÍO

Distinto del temblor en el parkinsonismo inducido por medicamento, puede también ocurrir como una consecuencia del tratamiento por AP. Para diagnosticar temblor tardío debe estar ausente una historia familiar de un trastorno neurológico similar que sugiera temblor esencial. Aunque no había sido descrito previamente, Clane describió el temblor en 4 pacientes que habían recibido tratamiento previo de 4 años con clorpromazina, habiendo persistido los síntomas 8 años posteriores a haberlo suspendido. Mejoró notablemente con la combinación de tetrabenazina (33)

AUMENTO DE PESO

Son diversos los factores implicados en el incremento del peso, pero con frecuencia se observan con los AP, siendo un poco más frecuente con los menos potentes, como la tioridazina, cloropromazina (25)

McEvoy definió "apego medicamentoso" Cuando el paciente toma medicación antipsicótica como le fue prescrita la mayor parte del tiempo durante los últimos 2 meses o "no apego al tratamiento 2, cuando el paciente no toma el medicamento como le fue prescrito, la mayor parte del tiempo en los últimos 2 meses (14) El conocimiento de que medicamentos efectivos son inútiles cuando no son tomados en forma absoluta o en forma apropiada a estimulado interés en el entendimiento y mejoramiento del apego a tratamiento medicamentoso(31)

Es un tema recurrente en la literatura y el énfasis de una forma reciente(4) y el énfasis de la terapia de grupo en la unidad psiquiátrica , la también llamada grupo de medicación donde el principal conocimiento impartido para mejorar el apego medicamentoso es el conocimiento de cuantas pastillas, como, cuando y para qué propósito deben ser tomadas Para Hogan y col Estos son estudios mal diseñados que muestran una relación positiva entre la información a los pacientes sobre el consumo del medicamento y el apego el mismo el mencionó un estudio bien controlado donde reportaban que el apego de un grupo de pacientes estaba debilitado a pesar de estar

informados mensualmente sobre su medicación y de participar en grupos de apoyo, para el apego persistía inalterable para los controles que fueron monitorizados por sus médicos familiares (21)

En la práctica sería muy útil mejorar el apego de los pacientes que, por razones como falta de comprensión de las instrucciones del médico, pueden dejar de tomar su medicamento. Existe un gran número de pacientes persistentemente están quejándose de su medicación, basados en las limitaciones de su funcionamiento, presentando las mayores dificultades para su manejo a largo plazo. Estas quejas no específicas a menudo conducen a una confusión sobre la acción farmacológica del medicamento y en varias ocasiones sus manifestaciones son reconocidas como toxicidad, respuesta subjetiva disfórica o sensibilidad psicológica (48)

Por otro lado las quejas subjetivas pueden reflejar claramente efectos colaterales extrapiramidales o autonómicos o sutiles y frecuentemente reconocidos síndromes de aquinesia o acatisia, cualquiera de los cuales tienen componentes afectivos relacionados que pueden influir en el apego a tratamiento. No obstante los efectos colaterales no son siempre el antecedente para el cambio de la dosis y pueden ser ahora más frecuentes entre los pacientes con apego a tratamiento que los apegados o más típicamente distribuidos igualmente entre los dos grupos (22)

Además causan vértigo, tinnitus, y trastornos cognitivos (28)



Ultimamente es la interpretación del paciente de la fisiología alterada y el estado de medicación el que determinará su aceptación o rechazo del mismo (4)

V. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Las molestias referidas por los familiares, coinciden con las expresadas por los pacientes?

VI. OBJETIVO

Evaluar la coincidencia entre las percepciones de los efectos secundarios de los antipsicóticos entre los pacientes que los reciben y como los perciben sus familiares cercanos

VII. HIPÓTESIS

La percepción que tienen los familiares de los efectos secundarios de los antipsicóticos es diferente de la que perciben los pacientes ya que la subjetividad de las molestias hacen que no sean manifiestas para los familiares en la mayoría de los casos



VIII. JUSTIFICACIÓN

Los padecimientos psiquiátricos implican innumerables sufrimientos en el paciente y en sus familiares y un importante deterioro en la economía familiar y social, siendo los costos económicos muy altos, por las hospitalizaciones recurrentes, la rehabilitación los días perdidos en el trabajo, sin productividad, la incapacidad intelectual y muerte prematura (4)

Muchos de los factores de riesgo pueden estar asociados con actitudes más tangibles, como son la falta de conciencia de enfermedad (2)

La calidad de vida de los pacientes bajo tratamiento con AP puede modificarse por su respuesta a los NLP y la severidad de los efectos adversos (4a)

Las consecuencias sociales y económicas de las múltiples recaídas es enorme, bajo tratamiento se disminuye el 20% de estas, sin embargo la presencia de SEP es una razón para que los pacientes suspendan la medicación, en particular los pacientes en su primera experiencia con drogas antipsicóticas, las actitudes en relación a una medicación profiláctica son dudosas, además de su efecto sobre las funciones cognitivas principalmente la memoria, en pacientes jóvenes pueden tener graves consecuencias (4)

Aproximadamente un tercio de los pacientes que padecieron un ataque de psicosis sufren frecuentes recaídas, con poca posibilidad de ser controladas. Numerosos factores las precipitan, la vulnerabilidad individual pueden ser totalmente dependientes y necesitar ayuda de la familia y círculo social, algunos no pueden tomar por si solos sus medicamentos orales. A esto se agrega que algunos familiares y amigos están en contra de la toma de medicamentos, otros olvidan sus medicamentos siendo la mayoría los que toman menores dosis de las prescritas o la suspenden por los SEP (2)

Los estudios disponibles indican que aproximadamente el 75% de los pacientes que suspenden la medicación reingresan después de 12 a 18 meses de haberla suprimido (3)

El conocimiento de la relación costo-efectividad de las estrategias terapéuticas para los pacientes que tienen esquizofrenia es especialmente importante porque la carga económica en una enfermedad de larga evolución, el curso de la enfermedad, el sitio que ocupa en la sociedad, y el cuidado en el sistema de salud es muy alto.

Más de la mitad (63%) de estos costos fueron principalmente atribuidos a disminución de la toma de medicamentos, por no cumplir con la medicación. Aunque este porcentaje puede incrementarse al 10% para el año 2000, esto es aun un pequeño corte del total (3)

Los estudios epidemiológicos de los SEP son difíciles de interpretar ampliamente por causa de los problemas nosológicos y

metodológicos. El término de "Síndrome Extrapiramidal" (SEP), ha sido utilizado en la literatura psiquiátrica para describir cualquier tipo y todos los movimientos anormales inducidos por medicamentos y la mayoría de los estudios no intentan o hacen intentos medianos por separar los diferentes movimientos de acuerdo al trastorno motor dominante (44)

Se ha reportado que el 35% de los pacientes que rechazan tomar su medicación antipsicótica dan como principal motivo los efectos colaterales mientras que los doctores piensan en este motivo en el 7% de los casos, sin embargo el problema es más profundo que el simple hecho de los efectos colaterales de los antipsicóticos, por un alto perfil de efectos colaterales significa pobre apego al tratamiento, el cual conduce a altas tasas de recaídas, una consecuencia de dimensiones éticas y económicas (44)

IX. DISEÑO

- De impacto y correlación
- De escrutinio
- Longitudinal
- Retrospectivo

X. MATERIAL Y METODOS

Se tomó como universo de estudio a los pacientes que acuden a la consulta externa del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez

XI. INSTRUMENTO

Se utilizó un cuestionario elaborado "ad hoc", para la evaluación de efectos secundarios al tratamiento antipsicótico del Instituto Nacional de Psiquiatría, de la División de Investigaciones Clínicas (Ortega Soto y col Comunicación personal) Este instrumento incluye en varios de sus apartados una escala análogo visual, la cual es una línea, usualmente de 10 cm de longitud cuyos extremos son tomados para representar los límites de la experiencia subjetiva a medir, como por ejemplo, la acatisia, un extremos es por lo tanto definido como ausencia del síntoma y el otro como el de "mayor severidad" Se le pide al paciente que marque en la línea un punto que corresponda a la intensidad de su síntoma La distancia de la marca desde el fin de la escala es el que toma para representar la severidad de su síntoma La mayoría de los pacientes entienden el concepto y pueden rápidamente hacer la medida (22) Niños mayores de 5 años pueden usarla usualmente manejarla también La distribución de resultados es una muestra de población aleatoria es uniforme Existe igual número de medidas en todos los puntos sobre la línea Esta uniformidad es crucial para la sensibilidad de la escala y una de sus ventajas Es difícil medir la severidad de una medida subjetiva, especialmente cuando no hay un estándar absoluto Pero la escala análogo visual tienen gran capacidad para cambiar en respuesta a un estímulo como sería un tratamiento Existe una muy amplia correlación entre medidas sucesivas de la severidad del síntoma sobre una escala análogo visual, confirmando la reproductividad del método También existe una

muy buena correlación entre la medida de un síntoma por la escala análogo visual y otros métodos (21)

Este tipo de escalas puede ser vertical u horizontal. La adición de descripciones a lo largo de (22) la adición de descripciones a lo largo de la línea puede afectar la distribución de los resultados; a través de una escala vertical podrían causar que la mayoría de los resultados fuesen agrupados alrededor de las descripciones. Para estos resultados, la escala funciona como una simple escala descriptiva y la sensibilidad de la escala análogo visual se verá reducida. Este agrupamiento de los resultados no ocurre cuando la línea es horizontal, dado que estas descripciones son colocadas desde un extremo de la línea al otro. No se pueden colocar números sobre la escala análogo visual. Las escalas corren de izquierda a derecha comportandose similarmente a que si corrieran de derecha a izquierda y no es por lo tanto materia como es la severidad al término de la escala.

La escala análogo visual es ampliamente usada en estudios clínicos diseñados para establecer el valor de algunos tipos de tratamiento. Se hacen comparaciones entre grupos de pacientes, aunque no se puede asumir que diferentes pacientes pudieran usar en la misma forma. La forma es verdadera de cualquier otro método de medición de un síntoma y el término "moderado" es una interpretación abierta a interpretación como la parte intermedia de una escala análogo visual. La escala es ideal para experimentos longitudinales, capacitando a un paciente para expresar una opinión acerca de l

relativo valor de diferentes tratamientos. También puede ser usado para comparar calificaciones de un síntoma determinado en diferentes grupos de pacientes, pudiendo ser usada para estudiar los efectos de un tratamiento sobre la variación diurna y para mostrar el curso del tiempo sobre la acción de un tratamiento (22)

Es necesario una explicación cuidadosa para el paciente para utilizar la escala análogo visual. La medición deberá ser también dentro del contexto de un diseño experimental satisfactorio y ser llevado a cabo en condiciones definidas. Por ejemplo, la persona que presenta la escala y la forma en que use las palabras pueden influir sobre los resultados. Cuando sea posible es mejor medir el alivio del síntoma directamente, bastante más que medir el síntoma absoluto en dos ocasiones y restar la segunda de la primera (23). La técnica moderna introduce un artefacto matemático: el cambio en el síntoma puede ser relacionado a la calificación inicial tanto como a las diferencias entre grupos de pacientes pudieran explicar diferencias aparentes en las respuestas. Ha sido una regla tradicional de los estudios clínicos no permitir a los pacientes ver sus resultados previos. Esto es fuente de error, especialmente después de largos periodos de tiempo, cuando los pacientes tienden a sobreestimar la severidad de su síntoma. Es mejor que los pacientes puedan recordar sus evaluaciones previas, muchos piensan en términos de cambio bastante más en términos absolutos.

Las ventajas particulares de la escala análogo visual son la sensibilidad, simplicidad, reproductividad y universalidad. Aunque la

explicación debe ser traducida, la escala es auto aplicable, independientemente del idioma. Todas las mediciones tienen un potencial grado de error y la escala análogo visual no es la excepción. Algunos son igualmente aplicables a otros métodos como los efectos de la depresión. Otros pueden producirse en la elaboración o administración de la escala por ejemplo. Hacer más grande la línea durante el fotocopiado y una explicación inadecuada pueden conducir al fracaso de la misma.

Más serio es la sugerencia de que la escala no es un buen reflejo de la condición medida. En un estudio de fuerza sobre un apretón ⁽⁶⁾ la correlación entre el apretón medido y una evaluación subjetiva hecha usando una escala análogo visual no fue buena como se hubiera esperado, no cuando fue tan buena como una evaluación del apretón hecha por un médico. Es interesante pero quizá no es sorprender que el punto de vista de los pacientes con respecto a su mejoría no es necesariamente refleja el fenómeno objetivo. Pero si un paciente decía que se sentía débil, él se sentía débil, aunque no lo estuviera, si él decía que tenía dolor, tenía dolor. Otra fuente de error es la variación en la reproductividad en diferentes partes de la línea ⁽²³⁾. Se les pidió a voluntarios sanos, reproducir la posición de una marca sobre una escala mostrando su reproductividad en la región de la sección de oro (definida como el punto en la línea que divide en 2 segmentos), así tal que el más pequeño es al más largo, lo que el más largo es a la línea completa. Este punto falsea cerca de 6.2 cm a lo largo de los 10 cm de la escala análogo visual. De nuevo quizá no

deba sorprendernos que la reproductividad sea mayor en los extremos de la línea y en el punto intermedio. Pero expresando la severidad del dolor sobre una escala análogo visual no puede ser la misma, como recordar un punto sobre una línea y molestarse al reproducirlo. El coeficiente de correlación entre mediciones sucesivas en una escala análogo visual ha sido tan alto como 0.99 sugiriendo esto que la reproducibilidad no es un gran problema en los pacientes (22)

Otro problema común para todas las escalas es la limitación impuesta por los extremos. Si un paciente califica su síntoma en la parte superior de la escala y luego se siente peor su medida puede ser solamente permanecer sin cambio.

Muy pocas veces los pacientes son incapaces de entender el concepto de la escala. La gente inteligente puede tener las mayores dificultades pensando que es más complicado de lo que aparentan. Ellos ven la parte superior de la escala vertical como la cabeza y la parte inferior como los pies. El extremo izquierdo de una escala horizontal puede ser percibido como la mañana y el derecho como la tarde, pero los errores son muy raros con una explicación cuidadosa y quizá con una pequeña práctica, esto es responsabilidad del médico. La medición actual es únicamente responsabilidad del paciente.

Es claro que la reproductibilidad a lo largo de una escala vertical de 10 cm, la escala análogo visual varíe a lo largo de la longitud de la línea. Las posiciones más difíciles para reproducir parecen estar en la

región de ± 2 cm del punto medio con buena reproducibilidad cerca y los extremos. En conexión con esto es interesante hacer notar que los pacientes que usaron escala análogo visual para estimar su grado de dolor tuvieron una tendencia a hacerlo en las extremidades o el centro. Esto sugiere que los pacientes pueden visualizar su síntoma sólo como leve, severo o en algunos casos vagamente ambiguo entre ambos.

Los autores encontraron la tendencia a estimar posiciones altas en la escala vertical, lo cual ya había sido observado en referencias previas por Scott y Huskisson para pacientes que no tenían acceso a ver sus evaluaciones previas.

Para la escala vertical es una fuente más de error, lo cual no está presente en la horizontal, dependiendo del ángulo en que la escala es vista. Una escala vertical pudiera ser vista verticalmente para evitar el error que pudiera resultar de la perspectiva. Un error así podría contribuir a los presentes resultados, nosotros pensamos confiar en que los voluntarios vieron la escala desde una posición vertical. Del mismo modo, la clínica que se ocupó para ser colocado un lado del asesor, pudiera representar una fuente de error que no es apreciado usualmente (23).

Son incapaces de explicar porqué los pacientes tuvieron la tendencia para estimar por arriba un punto 6.19 cm a lo largo de la línea de 10 cm y a lo largo del comienzo, pero notaron que los

psicólogos reconocieron desde la antigüedad la "sección de oro" Benjafield y Adams-Webber mostraron que cuando los sujetos hacían estimaciones bipolares, como en la escala análogo /usual la proporción de estos cambios positivos hacia los cambios negativos es una aproximación de la sección de oro (27) Esto corresponde en sus resultados con el 60% de las estimaciones por el momento y 31% alargado con la vuelta del punto ocurrido en la sección de oro por sí mismo (27)

XII. POBLACION A ESTUDIAR

Criterios de inclusión

Pacientes

- 1 - Ser paciente de la consulta externa del H P F B A
- 2 - Haber cursado con cuadro psicótico actualmente en remisión o remitido
- 3 - Tener por lo menos 4 meses de tratamiento con antipsicóticos de depósito
- 4 - Saber leer y escribir
- 5 - Ser mayor de 18 años
- 6 - Consentimiento para la aplicación de las escalas

Familiares

- 1 - Ser familiar en primer grado del paciente
- 2 - Estar en contacto con el paciente y enterado de su tratamiento y evolución

- 3 - Acudir a la citas con el paciente
- 4 - Estar de acuerdo con la participación en la investigación

XIII. CRITERIOS DE ELIMINACIÓN

Pacientes

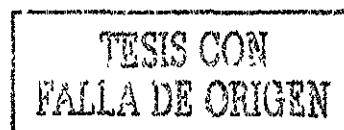
- 1 - Cuadro psicótico agudo en el momento de la aplicación de la escala o alteraciones cognitivas que pudieran impedir la comprensión de ésta
- 2 - Falta de consentimiento para participar en el estudio

Familiares

- 1 - No saber leer ni escribir
- 2 - Desconocer la evolución del paciente
- 3 - Fallas cognitivas que impidan la comprensión de la escala
- 4 - Falta de interés

XIV. PARÁMETROS DE MEDICIÓN

Los resultados obtenidos en la escala análogo visual se midieron en milímetros para cuantificar la distancia entre el punto señalado y la severidad del síntoma o el cambio percibido por el uso del medicamento actual



XV. CAPTACIÓN DE LA INFORMACIÓN

Se registraba diariamente los expedientes de los pacientes que tenían control con antipsicóticos de depósito, se les llamaba por su nombre y solicitaba su participación en el estudio que se realizaría posterior a su consulta, pidiendo que permanecieran en la sala de espera, después de su consulta, para permitir que el médico terminara su nota de la consulta, Y poder obtener el expediente para ver si cumplían los criterios

A los pacientes y sus familiares posterior a pedir su consentimiento se les informaba ampliamente en que consistía la escala analogo visual resolviendo las dudas que pudieran surgir Haciendo énfasis en la comprensión de la escala

En los casos en que les fue imposible recordar el tipo de medicación o el tiempo del mismo, así como para verificar y comparar información se acudió a los expedientes clínicos de cada uno de los pacientes

XVI. ESTRATEGIA DE ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Se calcularon correlaciones multiples por pasos desde la variable dependiente fue la percepción del paciente y la percepción del familiar

para cada uno de los síntomas secundarios al uso del antipsicótico y las independientes los mismos síntomas

Se utilizó el programa computacional SYSTAT para la captación y procesamiento de la información

RESULTADOS

Se evaluaron sujetos adultos, con diagnósticos de Esquizofrenia Paranoide el 32%, esquizofrenia residual el 8%, esquizofrenia simple el 4%, trastorno afectivo orgánico el 32%, trastorno bipolar en fase maniaca el 8%, trastorno disocial de la personalidad el 4%, trastorno de limite de la personalidad tipo impulsivo el 45, trastorno mental y del comportamiento secundario a fármacodependencia múltiple y crisis parciales de sintomatología compleja, el 4%, (Criterios del CIE- 10)

Se analizó un total de 25 pacientes y 25 familiares. Del grupo de pacientes la distribución por sexo fue de (72%) masculinos y (28%) femeninos. El 68% de los pacientes eran solteros, el 8% estaba divorciado y solamente el 24 % tenían pareja.

La edad promedio de los pacientes fue de 35.0 años. La evolución de la sintomatología psicótica 14.0 ± 9.9 años; los pacientes que habían recibido medicación antipsicótica vía oral 1.7 ± 0.7 años, y los que recibieron medicamentos de depósito previamente lo hicieron por 1.6 ± 0.4 años. El promedio de recaídas (reingreso al hospital) de los pacientes que estuvieron expuestos a un antipsicótico oral en el año anterior a recibir la medicación actual 0.4 ± 0.7 , y con el antipsicótico de depósito de 0.2 ± 0.4 , duración del internamiento 10.1 ± 18.8 , (tabla 1)

Las observaciones del familiar sobre el cambios en la psicopatología antes y después del antipsicótico de depósito fueron

significativas Las tablas 2, 3 y 4 muestran la percepción del familiar y pueden observarse la mejoría que hubo después de cambiar al antipsicótico de depósito

El promedio de edad al comenzar el tratamiento farmacológico fue de 24.8 ± 5.9 años, el cual es mayor que el esperado de acuerdo a la edad de inicio de la mayor parte de los cuadros psicóticos (Apiquian y cols, 1999)

En cuanto a los familiares estudiados, 8% eran esposos, 32% hermanos, 32% madres, 4% nuera, 20% padres y 4% tía, estos convivían con el paciente un promedio de 18.7 ± 7.9 horas al día

El 100% de los pacientes vivía con sus familiares, ninguno vivía en el hospital y la mayoría contaba con buena red de apoyo para el cumplimiento con la aplicación de su medicación, 80% no trabajaban, en un empleo remunerado y 20% si recibían remuneración

De los que dejaron de tomar el medicamento solamente lo hicieron debido a los efectos secundarios el 12%, y 88% no lo suspendieron, refrieron que era mejor seguir las indicaciones médicas que presentar el cuadro que los hizo acudir a recibir atención

De los pacientes que habían recibido antipsicóticos un año antes el 32% recibió más de 3 medicamentos, 32% cuatro medicamentos y más de seis tipos diferentes el 8%

Los medicamentos orales usados antes de los AP de depósito fueron: haloperidol 100%, trifluoperazina 12%, perfenacina 16%, levomepromazina 12%, tioridazina 8%, biperiden 72%, trihexifenidilo 4%, carbamazepina 32%, y clonazepam 52%

Los medicamentos actuales de depósito 20% decanoato de haloperidol, 60% palmitato de pipotiacina, 4% decanoato de flupentixol, 16% decanoato de zuclopentixol. En solo dos de los casos se combinaban dos antipsicóticos siendo haloperidol 5 mg/d, y tioridazina 25 mg/d

De los medicamentos que se administraban junto con el de depósito biperiden 68%, trihexifenidilo 4%, clonazepam 44%, carbamazepina 48%, levomepromazina 16%, y haloperidol, tioridazina, fluoxetina, maprotilina c/u

Los pacientes refirieron la mejoría comparando el medicamento actual a los anteriores 4% igual, 44% mejor, 48% mucho mejor, 4% peor

Los pacientes refirieron antes de iniciar el manejo con antipsicóticos de depósito 96% alucinaciones, 96% delirios, 96% conductas extrañas, 96% aislamiento, 96% apatía

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

DISCUSIÓN

Este trabajo describe una forma diferente de evaluar los síntomas subjetivos del paciente, tomando en cuenta la percepción que tienen los familiares de los síntomas extrapiramidales secundarios a los antipsicóticos

Por la importancia de la percepción del familiar de los síntomas extrapiramidales en el apego al tratamiento, que es determinante en el cumplimiento, ya que en la mayoría de los casos los familiares son los que proveen y administran los medicamentos.

Las ventajas que tienen los antipsicóticos de depósito es la menor dificultad para el cumplimiento de la administración del medicamento

En este estudio se muestra, que existen cambios significativos en la percepción de los efectos de los tratamientos anteriores, especialmente con los antipsicóticos de depósito, por la disminución de los reingresos hospitalarios, que fueron 2, coincidiendo en los que dejaron de administrarse los medicamentos, y acudieron nuevamente a la institución, y en esta ocasión siguieron las indicaciones adecuadamente, que implica la administración intramuscular cada 21 a 30 días, dependiendo del tipo de medicamento empleado y la sintomatología psicótica. Todos los familiares refirieron, que es más

cómodo la aplicación del medicamento por vía intramuscular, que estar al pendiente de la toma diaria del medicamento, que esto les disminuye en gran medida la dependencia del paciente, incluso disminuyó el tiempo que empleado para acudir a consulta, y ser más económico, el mayor numero de pacientes recibió pipotiacina 60%, gran parte de los pacientes son de bajos recursos económicos

Todos los familiares estaban de acuerdo en que la mejor alternativa y el mejor control se estaba llevando con el antipsicótico de depósito

La sintomatología que predominó fue el aumento de peso y la acatisia. Aunque el aumento de peso puede ser también secundario a el sedentarismo de este tipo de pacientes

Se demostró que hay una significativa diferencia en los SEP entre los antipsicóticos orales y los de depósito

Lo ideal para controlar la sintomatología psicótica es optimizar individualmente las dosis así como el tipo de antipsicótico, dependiendo de los recursos socioeconómicos de los familiares y el paciente, tomando en cuenta el nivel sociocultural, para la comprensión de las dosis, y los efectos colaterales, SEP que presentan tras la administración de los psicofármacos. Esto ayuda a que tanto familiares como paciente optimicen su calidad de vida y funcionalidad. Una buena estrategia de mantenimiento disminuye el tiempo entre los episodios psicóticos financiera y emocionalmente

En los pacientes que se utilizó medicamentos de depósito, la mayor parte de ellos tenían un difícil control de su cuadro psicótico. Y con estos medicamentos tenían un control adecuado, siendo el de depósito, el mejor control que tenían desde que iniciaron su sintomatología psicótica

¿cuál fue la percepción del paciente con la del familiar?

Los datos obtenidos señalan que cuando vemos, al recibir la paciente AP depot tiene una percepción de los efectos semejantes a la de los familiares. Esto implica una ventaja en la administración de depot.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

ANÁLISIS DE LA MUESTRA

ESTADÍSTICA DESCRIPTIVA

DESCRIPCIÓN DE LA MUESTRA

Tabla 1

Edad	Años Evol	AP Previos	AP-Depot Previos	Recaídas un año antes	Recaídas con Depot	Duración del internam
35 6±10 4	14±9 9	1 7±0 6	0 1±0 4	0 4±0 7	0 3±0 5	10 1±18 8

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

PERCIBIDOS POR EL FAMILIAR

Tabla 2

	Alucinaciones	Delirios	Conductas extrañas	Aislamiento	Sedación
Con AP Anterior	5.8±2.8	5.6±2.8	5.7±3.03	5.8±2.8	4.4±3.3
Con Depot	0.9±1.3*	1.6±2.1*	2.1±2.3*	3.2±2.8	1.8±1.9*

*t pareada (23) $p < 0.05$

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

PERCIBIDOS POR EL FAMILIAR

Tabla 3

Signos motores	Rigidez	Aquinesia	Temblor	Acaticia	Salivación	Distonia
Antes de Depot	4.7±3.1	5.3±2.6	4.1±3.2	5.4±3.1	3.7±3.5	1.2±2.8
Con Depot	0.8±1.2*	1.3±1.8*	1.3±1.8*	1.5±1.7*	0.6±0.9*	0.15±0.4*

*t pareada (23) $p < 0.05$

ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA

PERCIBIDOS POR EL FAMILIAR

Tabla 4

	Aumento de peso	MAI cara	MAI MsSs	MAI MsIs	MAI Tronco
Antes de Depot	2.7±2.8	0.9±2.2	1.2±1.9	1.2±2.5	-----
Con Depot	2.7±2.9	0.2±0.5*	1.2±.5*	0.2±0.7*	0.08±0.3

*t pareada (23) $p < 0.05$

MAI= Movimientos automáticos involuntarios

BIBLIOGRAFÍA

1. Ad Hoc Committee of the Dystonia Medical Research Foundation (A. Barbeau, DB Calne, S Fahn, CD Marsden, J Menkes y GF Wooten), Febrero, 1984
2. AG. Awad TP Hogan Subjective response to neuroleptics and quality of life implications for treatment outcome Act Psychiatr Scand 89 (Suppl 380), 27-32, 1994.
- 3 AG. Awad. TP. Hogan: Patient's subjective on antipsychotic medications, implications for outcome and quality of life: Internatl Clin Psychopharmacol, 10 (Suppl 3) 123-132, 1995
- 4 Backwell, B. Treatment Adherence. Brit J Psychiatry, 129:513-531, 1976.
- 5 Blitzer A, Brin MF, Fshn S, Lovelace RE: Clinical and Laboratory characteristics of focal laryngeal dystonia: Study of 110 cases. Laryngoscope 98:632-640, 1988.
6. Brucke T, Wober CH, Podreka I, cols.: D2 receptor blockade by flunarizine and cinnarizine explains extrapyramidal side effects. A SPECT study. J Cereb Blood Flow Metab 15: 513-518, 1995.
- 7 Brunn DJ, Brooks DJ. Nigral dysfunction in drug-induced parkinsonism An 18 F-dopa PET study. Neurol. 43: 552-556, 1993.
- 8 Burckhardt C, Kelly JP, Lim YH Neuroleptic medication inhibit complex I of the electron transport chain Ann Neurol 33 512-517, 1993

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

- 9 Buckley P, O'Callaghan E, Mulvany F, cols. Basal ganglia T2 relaxation times in schizophrenia: A quantitative magnetic resonance imaging study in relation to tardive dyskinesia. *Psychiatry Res.* 61: 95-102, 1995
10. Burke RE, Fahn S, Jankovic J, cols. Tardive dystonia. Late-onset persistent dystonia caused by antipsychotic drugs. *Neurol.* 32: 1335-1346, 1982
- 11 Calabresi P, De Murtas M, Mercuri NB y cols. Chronic neuroleptic treatment D2, dopamine receptor supersensitivity and striatal glutamatergic transmission. *Ann Neurol* 31: 366-373, 1992
12. Calne, DB, Involuntary Movements. An overview in, *Movements disorders in Neurology and Neuropsychiatry*, Joseph AB; Young RR (eds); Blackwell Scientific Publications, Inc. Cambridge 1992. pp 1-2.
13. Dixon S, Bird HA. Reproducibility along a 10 cm visual analogue scale. *Ann Rheum Disorders* 40: 87-89, 1981
14. Downie, WW, Leathman, PA, Rhind, VM. The visual analogue scale in the assessment of grip strength. *Ann Rheum Disorders* 37: 382-384, 1978
15. Danham J, Adamson L. The contribution of fluphenazine enanthate and decanoate in the Prevention of readmission of schizophrenic patients. *Acta Psychiatr Scand* 47: 420-430, 1971
16. Downie WW, Leathman PA, Rhind VM, Wright V, Bracho JA y Anderson, JA. Studies with pain rating scales. *Ann Rheum Disorders* 37: 378-381, 1978.
- 17 Elkashef AM, Buchanan RW, Gallad F, cols. Basal ganglia pathology in schizophrenia and tardive dyskinesia. An MRI quantitative study. *Am J Psychiatry* 151: 752-755, 1994

- 18 Fenton WS, Wyatt RJ, McGlashan TH: Risk factors for spontaneous dyskinesia in schizophrenia Arch Gen Psychiatry 51:645-650, 1994
- 19 Garcia-Ruiz PJ, Garcia de Yebenes J, Jimenez-Jimenez FJ, cols.: Parkinsonism associated with calcium channel blockers: A prospective follow-up study. Clin Neuropharmacol 15:19-26, 1992
- 20 Gerard E, Hogarty, MSW Prevention of Relapse in Chronic schizophrenic Patients. J Clin Psychiatry 54 (S3): 1993.
- 21 Glazer WM, Morgenstern H, Schooler N, cols.: Predictors of improvement in tardive dyskinesia following discontinuation of neuroleptic medication. Brit J Psychiatry 157 585-592, 1990.
- 22 Hogan, TP, Awad AG y Eastwood, MR. A self-report scale predictive of drug compliance in schizophrenics. Reliability and discriminative validity Psychol Med 13 177-183, 1983.
- 23 Huskisson, EC, Measurement of pain, Lancet: 2. 127-131, 1974
24. Huskisson, EC: Visual analogue scales, in Pain Measurement y Assessment: Ed. Melzack, Raven Press, N Y. 1983 pp 33-37.
- 25 John M Kane y cols.: Maintenance Pharmacotherapy in Schizophrenia Psychopharmacol. 1103-1109, 1987.
26. John M Kane: Pharmacology treatment of schizophrenia. Biol Psychiatry. 46 1396-1408, 1999
- 27 Kane JM, Smith JM: Tardive Dyskinesia: Prevalence and risk factors. Arch Gen Psychiatry 39:473-481, 1982
- 28 Kopala LC: Spontaneous and drug-induced movement disorders in schizophrenia Acta Psychiatr Scand 94: 12-17, 1996

29. Kurz M, Hummer M, Oberbauer H, cols.: Extrapiramidal side effects of clozapine and haloperidol. *Psychopharmacol* 118: 52-56,1995.
30. McGuire, TG. Measuring the Economic Cost of Schizophrenia; *Schizophren Bull* 17: 375-388,1991
31. McEvoy, JP, Howe, AC, Hogarty, GE: Differences in the Nature of Relapse and subsequent Inpatient Course between Medication-Compliant and Noncompliant Schizophrenic Patients *J Nerv Mental Dis* 172: 412-416,1984.
32. Miller L.G, Jankovic J. Drug- induced movement disorders, an overview in *Movements disorders in Neurology and Neuropsychiatry*, Ed Joseph AB, Young RR.; Blackwell Scientific Publications, Inc. Cambridge. 1992. pp 5-32.
33. Nico J. Diederich MD, Christopher G. Goetz MD.; Iatrogenic disorders, drug-induced movement disorders. *Neurol Clin*: 16: 125-139,1998.
34. Ortega-Soto, HA. El SEP con el uso de psicofármacos *Psiquiatría*: 1. 141-150,1985.
35. Ortega Soto, HA. Inicio de tratamiento con Decanoato de Haloperidol en pacientes con esquizofrenia. *Psiquiatría* 11. 79-83,1995.
36. Owens, DGC: Extrapiramidal Side Effects and Tolerability of Risperidone: A Review *J Clin of Psychiatry* 55 (S-5) 29-35,1994.
37. Pahl JJ, Mazziotta JC, Bartzokis G, cols.: Positron emission tomography in tardive dyskinesia *J Neuropsychiatr Clin Neurosci* 7:457-465,1995
38. Reynolds GP, Brown JE, McCall JC, cols. Dopamine receptor abnormalities in the striatum and palladium in tardive dyskinesia: A post mortem study *J Neural Transm Gen Sect* 87: 225-230,1992.

39. Schneider P, Kurt J: Clinical characteristics and predisposition factors in acute drug-induced akathisia. Arch Gen Psychiatry 51: 963-974, 1994
40. Salin Pascual R: Bases Bioquímicas y Farmacológicas Neuropsiquiátricas. 1998. pp 165-345
41. Sheehy MP, Marsden CD: Writer's cramp-a focal dystonia. Brain 105: 462-480, 1982.
42. Smith JM, Baldessarini RJ: Changes in prevalence, severity and recovery in dyskinesia with age. Arch Gen Psychiatry 37: 1368-1373, 1980
43. Stephen R Marder, MD: Depot Neuroleptics side effects and safety. J Clin Psychopharmacol 6: 24-29, 1986
44. Swett RA, Mulsant BH, cols.: Duration of neuroleptic treatment and prevalence of tardive dyskinesia in late life. Arch Gen Psychiatry 52: 478-486, 1995
45. Van Putten T.; Marder SR: Behavioural toxicity of antipsychotic drugs. J Clin Psychiatry: 48 (S 9): 13-19, 1987
46. Van Putten, T., May, PRA: Subjective Response as a Predictor of Outcome in Pharmacotherapy. Arch Gen Psychiatry 35: 477-480, 1978
47. William M. Glazer, MD: Formulary Decisions and Health Economics. J Clin Psychiatry: 59 (S-19): 23-29, 1998
48. Weiden, PJ And Olfson, M.: Cost of Relapse in Schizophrenia. Schizophren Bull., 13: 419-429, 1995

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

ESTUDIO CLINICO DE EFECTOS SECUNDARIOS A NEUROLEPTICO

ESTE FORMATO DEBE SER CONTESTADO POR UN FAMILIAR DEL PACIENTE
ESCRIBA CON LETRA DE MOLDE Y TINTA NEGRA. GRACIAS POR SU
COOPERACION.

- 1.- PACIENTE _____
- 2.- EDAD ACTUAL DEL PACIENTE _____ AÑOS CUMPLIDOS.
- 3.- SEXO DEL PACIENTE _____ MASCULINO _____ FEMENINO.
- 4.- PARENTESCO CON EL PACIENTE _____ .
- 5.- VIVE CON EL PACIENTE ? _____ SI _____ NO.
- 6.- NUMERO DE HORAS DIARIAS QUE CONVIVE CON EL PACIENTE _____ HRS.
- 7.- DURACION APROXIMADA DE LAS ULTIMAS 3 VISITAS (en caso de que no viva con el paciente): _____ hrs.
- 8.- FECHA DE LAS 3 ULTIMAS VISITAS (dia/mes /año).
_____/_____/_____/_____/_____/_____
- 9.- EDAD A LA QUE EL 'PACIENTE COMENZO A RECIBIR MEDICACION? _____ AÑOS.

- 10.- SINTOMAS DEL PACIENTE ANTES DE RECIBIR NEUROLEPTICO
(marque con una cruz los pertinentes).

ALUCINACIONES (El paciente decía , parecía o se comportaba como si escuchara voces o ruidos que los demás no percibían , veía o sentía cosas extrañas).

IDEAS ANORMALES (aseguraba que le perseguían y/o vigilaban, que tenía alguna misión divina, que controlaban su pensamiento, que le enviaban mensajes por la TV o la radio, o cualquier otra idea fuera de lo razonable).

CONDUCTAS EXTRAÑAS (movimientos sin algún fin aparente, colectaba basura, permanecía inmóvil y/o sin hablar o tenía alguna otra conducta extraña).

AISLAMIENTO SOCIAL (Evitaba el contacto con las gentes propias o extrañas, se encerraba en su cuarto o comía solo, etc.)

APATIA (abandonó el cuidado personal, su trabajo, sus entretenimientos y cosas que le agradaban , hacía planes que por más sencillos que fueran , raramente los cumplía).

- 11.- LOS MEDICAMENTOS QUE RECIBIO EL PACIENTE ANTES DEL ACTUAL, MEJORABAN LOS SINTOMAS (escriba una línea transversal sobre la línea horizontal que refleje su propia apreciación, no la del médico):

ejemplo:

nada totalmente
alucinaciones / _____ /
observado

El paciente dejó de comportarse extrañamente y de reclamar cosas sin explicación pero aseguraba que le hablaban y le insultaban o que tenía visiones .

1) nada totalmente.

Alucinaciones / _____/

11.2) nada totalmente.

Ideas anormales / _____/

11.3 nada totalmente.

Conductas
extrañas / _____/

11.4 nada totalmente.

Aislamiento
social / _____/

11.5 nada totalmente.

Apatía / _____/

12 - EFECTOS SECUNDARIOS DEL TRATAMIENTO ANTERIOR AL ACTUAL.
Con los medicamentos que recibía el paciente antes del actual presentaba:

12.1 ausente muy severa.

Rigidez / _____/

El paciente caminaba sin balancear los brazos ("como robot", su postura habitual era bastante rígida o tiesa).

12.2 ausente muy severa.

Aquinesia / _____/

Los movimientos del paciente eran sumamente lentos, se quejaba de cansancio y era evidente que le era difícil moverse.

12.3 ausente muy severa.

Temblor / _____/

El paciente temblaba en las manos y/o cara.

12.4 ausente muy severa

Acatisia / _____/

El paciente estaba inquieto , "no se hallaba", se movía frecuente o constantemente.

12.5 ausente muy severo.

Salivación / _____/

Se le escurría la saliva, mojaba la ropa y/o la cama con la saliva.

16.- MEDICAMENTOS ADMINISTRADOS ANTES DEL ACTUAL.

- 1.- _____.
- 2.- _____.
- 3.- _____.
- 4.- _____.
- 5.- _____.
- 6.- _____.
- 7.- _____.

17.- HISTORIA (medicamentos psiquiatricos utilizados antes de los señalados en el punto anterior).

- 1.- _____
- 2.- _____
- 3.- _____
- 4.- _____
- 5.- _____
- 6.- _____
- 7.- _____

18.- CUADRO CLINICO ACTUAL BAJO TRATAMIENTO
CON _____ (NOMBRE).

A continuación de enlista una serie de síntomas , marque con una línea transversal la severidad que, a su parecer, tiene, cada uno.

Ejemplo:

	ausentes	las más severas.
Alucinaciones	/ _____ /	observado.

El paciente siente "como que" escucha murmullos durante períodos breves de tiempo a lo largo del día.

18.1	nada	desaparecieron
Alucinaciones	/ _____ /	
18.2	nada	desaparecieron.
Ideas anormales	/ _____ /	
18.3	nada	desaparecieron
Conductas extrañas	/ _____ /	
18.4	nada	desaparecieron.
Aislamiento social.	/ _____ /	
18.5	nada	desaparecieron.
Apatía	/ _____ /	

20.- EFECTOS SECUNDARIOS AL MEDICAMENTO ACTUAL.

20.1	ausente	la más severa.
Rigidez	/ _____ /	
20.2	ausente	la más severa
Aquinesia	/ _____ /	
20.3	ausente	la más severa.
Temblor	/ _____ /	
20.4	ausente	la más severa.
Acatisia	/ _____ /	
20.5.....	ausente	la más severa.
Salivación	/ _____ /	
20.6.....	ausente	las más severas.
Distonías de torsión	/ _____ /	
20.7	ausente	la más severa.
Sedación	/ _____ /	
20.8	ausente	el más severo.
Aumento de peso	/ _____ /	
20.9.	ausente	los más severos.
otros(especifique)	/ _____ /	
20.10	ausentes	lo más severo.
otro (Especifique)	/ _____ /	

21.- DISQUINESIA TARDIA ACTUAL.

21.1.-	ausentes	los más severos.
Movimientos de la cara	/ _____ /	
21.2 -	ausentes	los más severos.
Movimiento en las extremidades	/ _____ /	
21.3.-	ausentes	los más severos.
Movimientos en el tronco	/ _____ /	

OBSERVACIONES (AGRADECEMOS NOS PROPORCIONE CUALQUIER DATO ADICIONAL SOBRE EL ESTADO DEL PACIENTE, PREVIO AL INICIO DEL TRATAMIENTO ACTUAL, QUE JUZGUE DE INTERES).

fecha ____/____/____
familiar: (parentesco, nombre) _____

gracias.

ESTUDIO CLINICO DE NEUROLEPTICO

ESTE FORMATO DEBERA SER CONTESTADO POR EL PACIENTE.
ESCRIBA CON LETRA DE MOLDE Y TINTA NEGRA . GRACIAS POR SU
COOPERACION.

NOMBRE _____
 EDAD ACTUAL _____ años cumplidos.
 SEXO _____ masculino; _____ femenino.

1.- MOLESTIAS SECUNDARIAS AL MEDICAMENTO:

Por favor, señale con una línea transversal sobre la línea horizontal el punto que más se acerque a su estado.

ejemplo.

Los medicamentos anteriores le ocasionaban molestias
ninguna insufribles.
molestias /_____/_____/_____/_____.
observado

Es decir los medicamentos que tomaba antes del actual le ocasionaban grandes molestias que interferían importantemente con su vida cotidiana y alteraron su estilo de vida pero pudo continuar realizando sus actividades.

Molestias ocasionadas por los medicamentos que recibía antes del actual.

Molestias	ninguna	insufribles.
-----------	---------	--------------

Molestias ocasionadas por el medicamento actual.

molestias	ninguna	insufribles.
-----------	---------	--------------

De todos los medicamentos que ha recibido desde que visita al psiquiatra , con cual (O CON CUALES) se ha sentido mejor?

11
2
3
4
5
6

Si compara al medicamento actual con otros medicamentos recibidos , lo considera:

☐ mucho mejor.
☐ mejor.-
☐ igual que los demás.
☐ peor.
☐ mucho peor.,

SEGUN USTED, EN QUE CONSISTE SU MEJORIA:

☐ disminuyeron las alucinaciones .
☐ las ideas anormales son menos molestas.
☐ puede realizar sus actividades.
☐ disminuyeron su ansiedad y su depresión.

OTROS: (especifique):

FECHA (dia/mes/año) ____/____/____

gracias.